

Planificación sanitaria (II): desde la priorización de problemas a la elaboración de un programa de salud

F.J. Rodríguez Alcalá^a y F. López de Castro^b

^aEspecialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

^bEspecialista en Medicina de Familia y Comunitaria y en Medicina Preventiva y Salud Pública. Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo.

Tras la identificación de problemas y necesidades de salud, y antes de la elaboración del programa, se debe proceder a la priorización y valoración de los problemas detectados. Priorizar significa situar los problemas de acuerdo con el orden por el que pensamos que deben ser abordados. Aunque no existe ningún método de priorización infalible, es recomendable la utilización, aislada o combinada, de procedimientos y técnicas específicas, que contribuyan a mejorar el grado de objetividad en esta fase. Los diferentes métodos de priorización utilizan criterios basados en la importancia del problema (extensión, gravedad, repercusión social...) y la capacidad real de intervención sobre el mismo. La valoración del problema es el análisis de determinados aspectos relacionados con él (factores condicionantes, consecuencias para la salud, aspectos sociosanitarios...) que nos permita preparar fácilmente los distintos apartados del programa de salud.

Entendemos como programa de salud al conjunto de actividades organizadas y coordinadas cuya finalidad es alcanzar un cambio en el estado de salud de una población, teniendo en cuenta los recursos disponibles. En la elaboración de un programa de salud, debemos tener siempre presente que se trata de un instrumento para la acción, y por tanto, cuanto más claro, conciso y concreto sea, más útil resultará para los profesionales y más fácil su puesta en marcha y desarrollo.

Palabras clave: planificación sanitaria, priorización, programas de Salud.

After the identification of health problems and needs and before the elaboration of the program, the prioritization and assessment of the problems detected should be done. Giving priority means placing the problems according to the order in which we think they should be approached. Although there is no infallible prioritization method, the isolated or combined use of specific procedures and techniques, that contribute to improving the grade of objectivity in this phase, is recommendable. The different methods of prioritization use criteria based on the importance of the problem (extension, seriousness, social repercussion, etc.) and the real capacity of the intervention on it. The assessment of the problem is the analysis of certain aspects related with it (conditioning factors, consequences for health, socio-health aspects, etc.) that allow us to easily prepare the different health program sections.

We understand health program as the combined organized and coordinated activities whose purpose is to reach a change in the health condition of a population, considering the resources available. In the elaboration of a health program, we should always consider that it is an instrument for action and thus, the clearer, more concise and specific it is, the more useful it will be for the professionals and the easier it will be to put it into practice and develop it.

Key words: health Care Planning, prioritization, Health Programs.

INTRODUCCIÓN

En el primer capítulo de esta serie habíamos establecido varias etapas en la planificación sanitaria y tratado la primera de ellas, la identificación de problemas y necesidades de salud. En esta segunda entrega abordaremos la priorización de los problemas y necesidades detectados, la valo-

ración de los mismos y la elaboración de un programa de salud. Quedarán para la última entrega la ejecución y organización del trabajo y la evaluación. De este modo cerraremos el círculo de la planificación sanitaria, tal como se puede apreciar en la figura 1.

PRIORIZACION DE PROBLEMAS

Una vez elaborado el listado de problemas, se hace necesario establecer una priorización, ya que el abordaje si-

Correspondencia: F.J. Rodríguez Alcalá.
Gerencia de Atención Primaria de Toledo.
C/ Barcelona, 2.
45005 Toledo.

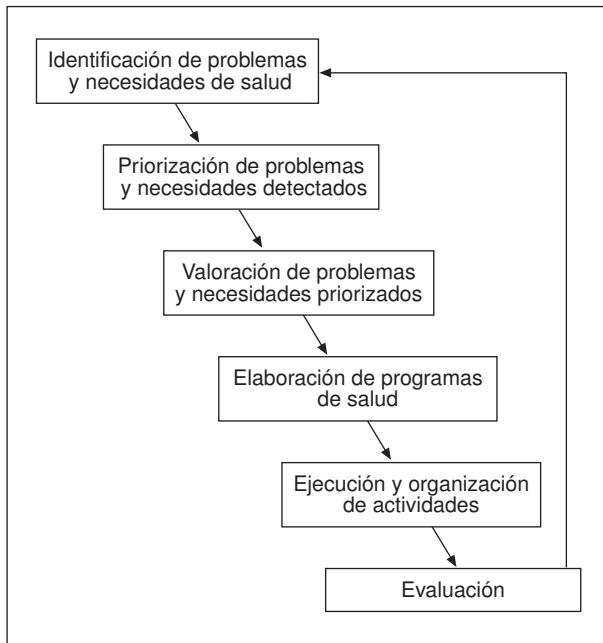


Figura 1. Etapas de la planificación sanitaria.

multáneo de todos no es posible en la práctica y está claramente condicionado por la limitación de los recursos. En definitiva, priorizar significa situar los problemas detectados de acuerdo con el orden por el que pensamos que deben ser abordados.

Como parte del proceso de priorización debemos explorar las alternativas de intervención, ya que no tiene sentido abordar un problema si no se dispone de ninguna solución para el mismo. Por ello, además de la importancia del problema, debemos considerar la eficacia de la intervención (capacidad demostrada de producir el efecto deseado) y la factibilidad de la misma (legal, ética, política, económica, sociocultural y organizacional), teniendo en cuenta la población a la que va dirigida y el nivel de prevención al que afecta. Una buena revisión bibliográfica puede facilitarnos la decisión sobre la capacidad de intervención y las posibles estrategias.

La priorización tiene como escollo fundamental la subjetividad, ya que, por más “técnicamente” que la hagamos (utilizando los métodos que veremos más adelante), al final será inexcusable la realización de juicios de valor en la toma de decisiones. Es por ello, que en el proceso de priorización deben ser tenidas en cuenta, no sólo las opiniones de los representantes de la administración sanitaria, sino las de los profesionales sanitarios y los usuarios.

El proceso de determinación de prioridades comprende tres etapas fundamentales:

- El cribado previo de problemas. Si el listado de problemas de salud identificados es muy amplio, se debe realizar una preselección de los mismos, dejándolos reducidos a no más de 10 o 15. Dicha preselección se hará en base a la importancia que los miembros del grupo conceden a cada uno de los problemas.

Priorizar significa situar los problemas detectados de acuerdo con el orden por el que pensamos que deben ser abordados.

- La definición de los criterios a utilizar (lo que en cierto modo supone la adopción de un método).

- La aplicación de los criterios a cada problema, para establecer, finalmente, un orden de intervención.

Cada método de priorización utiliza diversos criterios. Simplificando, podemos clasificarlos en dos tipos básicos:

- La importancia del problema, que puede venir dada por su extensión o magnitud (prevalencia, incidencia), gravedad (letalidad, mortalidad, disminución de calidad de vida, etc.), repercusión social (alarma, actualidad, demanda..) y/o evolución del problema.

- La capacidad de intervención, en base a la vulnerabilidad del problema (eficacia y eficiencia de la intervención) y la factibilidad de la intervención (disponibilidad de recursos, aceptación de la misma por la población, etc.).

En la medida en que la importancia de un problema sea elevada y exista una buena capacidad de intervención, debe ser prioritario el abordaje del mismo a través de programas de salud. Si la capacidad de intervención es baja, aunque el problema sea importante, las prioridades deben dirigirse especialmente a la investigación, con el fin de poder mejorar la capacidad de intervención.

Aunque pueda parecer sencillo, en realidad, el establecimiento de prioridades es un proceso complejo, que suele ser fuente de discusiones entre los distintos agentes implicados, por distintos motivos: diferencias de criterio e intereses, dificultad en la comparabilidad entre los diferentes problemas, escalas de valoración utilizadas, etc. Por ello, aunque no existe ningún método de priorización infalible, es recomendable la utilización, aislada o combinada, de procedimientos y técnicas específicas, que contribuyan a mejorar el grado de objetividad.

Métodos de priorización

Existen unos métodos generales de priorización, como la “comparación por pares”, la “ponderación”, la “asignación directa” o la “clasificación por orden de importancia” (*pooled rank*), que por premura de espacio sólo mencionaremos, y otros específicos, desarrollados especialmente para la planificación sanitaria, que se exponen a continuación:

El método Hanlon

Es uno de los métodos más utilizados en priorización, ya que es flexible y cada componente puede “objetivarse” sin

Por ello, además de la importancia del problema, debemos considerar la eficacia de la intervención y la factibilidad de la misma.

dificultad. Este método basa la priorización de los problemas en cuatro aspectos:

- La gravedad o severidad del problema (G), que se establece entre 0 y 10 puntos.
- La magnitud o extensión (M), que también se valora en una escala de 0 a 10, según el número de personas a las que afecte.
- La eficacia de la intervención (E), que se puntúa entre 0,5 y 1,5.
- La factibilidad del programa (F). Que toma valor 1 o 0 según se considere así o no. Este criterio se descompone para su análisis en cinco factores, que son pertinencia, aceptabilidad, factibilidad económica, disposición de recursos y legalidad.

La puntuación viene dada por la fórmula:

$$(G + M) \times E \times F$$

El método CENDES/OPS

Este método, desarrollado entre 1961 y 1962 por la Universidad Central de Venezuela en colaboración con la OPS, para la formulación de planes de salud, basa la fijación de prioridades en cuatro dimensiones: magnitud (M) (extensión), trascendencia (T) (gravedad), vulnerabilidad (V) y relación coste/efectividad (CE). Resultando la puntuación final de la fórmula:

$$M \times T \times V/CE$$

Parrilla de análisis

A diferencia de los métodos anteriores, la parrilla de análisis no se traduce en una expresión matemática, sino en una representación gráfica. Los criterios valorados pueden variar en función del estudio. Cada problema es analizado secuencialmente, aplicando los criterios por orden de importancia (el que se considere más importante se aplica en primer lugar) y de forma dicotómica (sí o no). La figura 2 nos muestra un ejemplo, suponiendo que los criterios elegidos son: gravedad, frecuencia, eficacia de la intervención y factibilidad.

Método DARE (Decision alternative rational evaluation)

Lo más reseñable de este método de priorización es que a los criterios elegidos, que pueden ser diferentes en cada problema a analizar, se les asigna un peso específico; por ejemplo, se puede considerar el doble de importante la gravedad que la extensión del problema y, a su vez, ésta el doble que el coste de la intervención, por tanto, a la hora de hacer la suma, se multiplicará la gravedad por 4, la extensión por 2 y el coste por 1. Esa misma peculiaridad lo hace más complejo, ya que se hace preciso consensuar previamente el peso específico de cada criterio, en base a

La priorización tiene como escollo fundamental la subjetividad, ya que, por más "técnicamente" que la hagamos al final será inexcusable la realización de juicios de valor en la toma de decisiones.

El método Hanlon, basa la priorización de los problemas en cuatro aspectos: la gravedad o severidad, la magnitud o extensión, la eficacia de la intervención y la factibilidad del programa

la media del valor que le otorga cada uno de los participantes. A cada alternativa o problema a priorizar se le aplicará la siguiente fórmula:

$$C1 \times P1 + C2 \times P2 + \dots + C5 \times P5 = A$$

$$C1 \times P1 + C2 \times P2 + \dots + C5 \times P5 = B$$

$$C1 \times P1 + C2 \times P2 + \dots + C5 \times P5 = C$$

C1 = puntuación al criterio 1, en cada alternativa valorada.

P1 = peso relativo del criterio 1, respecto al resto de criterios.

A, B, C = puntuación final de cada alternativa.

Tanto este método, como los dos siguientes, pueden aplicarse no sólo a la priorización de problemas, sino a la de las posibles intervenciones para solucionarlos.

El método de ponderación de criterios (Criteria Weighting Method) de Blum

Es similar al anterior, calculándose para cada problema su "nivel de significación" (suma de los productos de los valores de cada criterio por su peso específico, dividido entre el nº de criterios). La fórmula resultante es:

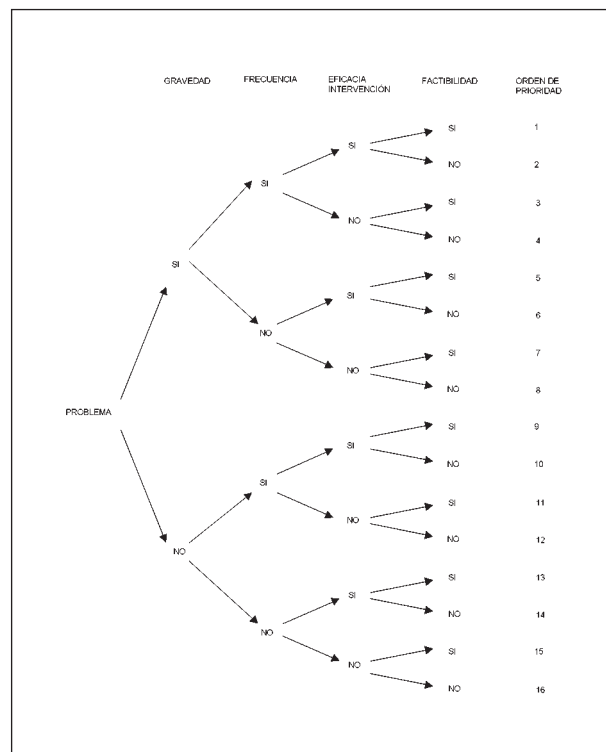


Figura 2. Ejemplo de parrilla de análisis.

$$N_{Sa} = \frac{P1Sa1 + P2Sa2 \dots PnSan}{n}$$

N_{Sa} = nivel de significación del problema A.

P1 = peso relativo del criterio 1, respecto al resto de criterios.

Sa1 = valor del criterio 1 para el problema A.

Se proponen cuatro categorías de criterios:

- Tecnológicos (recursos, factibilidad tecnológica...)
- Sanitarios (evolución espontánea del problema, mortalidad, morbilidad, duración del problema, dolor, etc.)
- Sociales (legalidad, equidad, eficiencia, aceptabilidad, productividad, factibilidad política, etc.)
- Administrativos (conformidad, implicación, imagen del proceso). Para cada uno se recomienda un peso y una escala de medida específica.

El método simplex

Se caracteriza por enunciar los criterios en forma de preguntas cerradas de opción única, en las que cada respuesta tiene un valor asignado de antemano. Los criterios empleados se categorizan siguiendo la clasificación del método anterior. Cabe la posibilidad, al igual que en los métodos de Blum y DARE, de ponderar los criterios.

Método GEVER

En nuestro país, Abanades, Prieto, Casado y G^a Burriel, en la "Documentación de apoyo para la Planificación de Programas" de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, propusieron un sencillo método de priorización que valoraba 5 criterios: gravedad (G), extensión (E), vulnerabilidad (V), tendencia o evolución en el tiempo (E) y repercusión local (R). Cada criterio se valora de 0 a 10 puntos, siendo la puntuación final la suma de todos ellos (no existe ponderación).

La gravedad puede ser medida mediante la tasa de letalidad, las complicaciones y secuelas, los años de vida perdidos o la calidad de vida. La fuente de información posible, además de la propia experiencia, son los libros de clínica. Para baremar la gravedad, los autores sugieren una parrilla de análisis, francamente difícil de aplicar.

La extensión o magnitud del problema hace referencia al número de personas que lo padecen, siendo buenos indicadores de ello la morbilidad (tasas de incidencia o prevalencia) y la mortalidad (mezcla información sobre extensión y gravedad). Los datos pueden extraerse de registros propios o de la literatura médica.

Al analizar la vulnerabilidad del problema, se tiene en cuenta si es posible su prevención o solamente su curación/rehabilitación y la capacidad del nivel de atención donde se planifica. Su documentación exige la revisión de la literatura médica y los estudios coste-efectividad relacionados.

La repercusión local se refiere al grado de preocupación de la población por el problema. Puede obtenerse información mediante consulta al consejo de salud, encuestas y técnicas de consenso (informadores-clave).

Método DARE, lo más reseñable de este método de priorización es que a los criterios elegidos, que pueden ser diferentes en cada problema a analizar, se les asigna un peso específico

Por último, la tendencia en el tiempo valora la evolución del problema (de su extensión y/o gravedad) si no se interviene de ninguna manera. Las estadísticas sanitarias, la literatura médica y la experiencia nos ayudarán a hacer las oportunas proyecciones y a construir posibles escenarios.

– Aunque no pueden considerarse como métodos de priorización, algunos indicadores sintéticos de salud, como el índice Q o la esperanza de vida en buena salud (EVBS) pueden darnos una primera aproximación a las prioridades.

Una vez establecido el orden de prioridad, antes de pasar a su valoración en profundidad, debemos estudiar las posibilidades de agrupación en programas multifactoriales (por ejemplo, "prevención de enfermedades cardiovasculares") o integrados (por ejemplo, "programa de la mujer"). La efectividad de este tipo de programas es claramente superior a la de los programas específicos o subprogramas, aunque también es más difícil desarrollarlo y ponerlo en marcha.

VALORACIÓN DE UN PROBLEMA

La valoración del problema es el análisis de determinados aspectos relacionados con él, que nos permite preparar fácilmente los distintos apartados del programa de salud. Haciendo un símil con el proceso de investigación, la valoración sería la fase de reflexión en la que uno se documenta y prepara el protocolo.

Los componentes del problema que suelen ser analizados son, siguiendo a Bainbridge y Sapirie: factores condicionantes del problema, consecuencias para la salud, consecuencias socio-sanitarias y actitudes observadas en la población.

Los factores condicionantes o signos de riesgo son aquellos que originan un problema de salud o ayudan a mantenerlo como tal. Pueden dividirse en tres tipos, según Jenicke:

– Factores de riesgo: variables de naturaleza endógena o exógena, que pueden ser controlados de algún modo. Es el caso de factores como obesidad, consumo de tabaco, insuficiente formación de los profesionales sanitarios, falta de equipamiento, etc.

– Marcadores de riesgo: factores personales (edad, sexo,...) o ambientales (clase social, trabajo,...) que no pueden, en la práctica, ser cambiados.

El método simplex, se caracteriza por enunciar los criterios en forma de preguntas cerradas de opción única, en las que cada respuesta tiene un valor asignado de antemano.

Método GEVER, método de priorización que valoraba 5 criterios: gravedad (G), extensión (E), vulnerabilidad (V), tendencia o evolución en el tiempo (E) y repercusión local (R).

– Signos precursores: fenómenos objetivables asociados al estadio preclínico y clínico a la vez. Marca la frontera a partir de la que podemos considerar a una persona incluida dentro del grupo de enfermos.

Los factores condicionantes se obtienen de la revisión bibliográfica y de la observación del medio en el que nos movemos. Siempre que sea factible (en la práctica sólo en contadas ocasiones) debe intentarse la cuantificación de su efecto, calculando el riesgo atribuible del factor, ya que así podremos estimar el posible resultado de nuestra intervención. (Si el 80% del riesgo de cáncer de pulmón es atribuible al tabaco, puedo saber que, convenciendo a la mitad de los fumadores de que dejen de hacerlo, conseguiremos reducir un 40% la incidencia de cáncer.)

El análisis de los factores condicionantes nos permite obtener información útil para:

1) Definir la población diana del programa: factores y marcadores de riesgo nos indicarán las personas en las que la frecuencia del problema será mayor y, por tanto, deberemos dirigir allí nuestros esfuerzos.

2) Establecer las metas en salud: los resultados esperados dependerán, entre otros, del riesgo atribuible de los factores.

3) Diseñar el contenido de distintas actividades: los signos precursores nos ayudarán en la captación de los individuos enfermos; los factores de riesgo nos dirán donde hay que insistir en la educación sanitaria.

Por consecuencias para la salud entendemos las repercusiones que puede originar el problema en el estado de salud de los individuos afectos. Según la enfermedad de la cual se trate, las consecuencias pueden expresarse en términos de morbilidad (por ejemplo, la gripe, enfermedad muy frecuente), mortalidad (enfermedades cardiovasculares), disminución de esperanza de vida (cáncer de mama), invalideces (accidentes de tráfico), complicaciones (hipertensión arterial), riesgo de padecer otros procesos (obesidad) y/o disminución de calidad de vida (diabetes).

El análisis de las consecuencias para la salud nos ayudará a elaborar la justificación del programa así como a fijar los objetivos en salud y el contenido de algunas actividades (por ejemplo si un problema es que hay muchas personas o invalidez, hemos de procurar incluir su rehabilitación dentro del programa).

Las consecuencias sociosanitarias valoran las pérdidas económicas de los enfermos y sus familias, así como la repercusión en la sociedad y en el propio sistema sanitario. Las pérdidas económicas pueden ser debidas a muerte prematura, invalidez, bajas laborales frecuentes, gastos en medicamentos, etc. Socialmente puede suponer un problema por la menor productividad y los costes sociales del tratamiento o la invalidez. A nivel del sistema sanitario

puede originar un elevado consumo de recursos (tiempo de consulta, ingresos hospitalarios, etc). Al igual que comentamos antes, cada problema tiene unas consecuencias más o menos específicas y relevantes y no es necesario ser exhaustivo al analizarlo.

La aportación principal del análisis de las consecuencias sociosanitarias al programa es la justificación de su puesta en marcha.

Las actitudes observadas en la población nos dirán cuál es el grado de conocimiento del problema que tiene la población, en que medida les preocupa (grupos de ayuda, asociaciones, medicodependencia...) y que comportamiento tienen frente a él (hábitos, alimentación, autocuidado, cumplimiento terapéutico y de citas, etc). Se pretende conocer como actúa la población, para detectar si favorece o no la perpetuación del problema.

El conocimiento de estas actitudes nos ayudará a preparar mejor el contenido de las actividades educativas de la población, además de darnos nuevas razones que justifiquen la puesta en marcha del programa.

ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD

La siguiente fase de la Planificación Sanitaria, una vez establecida la prioridad de acción y valorados los problemas, es la realización de un programa de salud. Entendemos como tal al conjunto de actividades organizadas y coordinadas cuya finalidad es alcanzar un cambio en el estado de salud de una población, teniendo en cuenta los recursos disponibles.

En la elaboración de un programa de salud, debemos tener siempre presente que se trata de un instrumento para la acción, y por tanto, cuanto más claro, conciso y concreto sea, más útil resultará para los profesionales y más fácil su puesta en marcha y desarrollo. En cualquier caso, nunca debemos perder de vista la calidad científica de su contenido.

Tradicionalmente, los programas se han clasificado en específicos (o subprogramas), que son aquellos dirigidos a solucionar un problema o necesidad concreta, o integrados, compuestos por varios programas específicos dirigidos a un grupo de población concreto. Así, el programa de la mujer incluye varios subprogramas, tales como el de detección precoz de cáncer ginecológico, seguimiento de embarazo o atención a la menopausia.

Puede observarse que en la definición de programa se ha resaltado la palabra "actividades". Ello se debe a que esta es la esencia de un programa de salud; en este sentido se dice que un programa es integral si incluye actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Los componentes del problema que suelen ser analizados son, siguiendo a Bainbridge y Sapirie: factores condicionantes del problema, consecuencias para la salud, consecuencias socio-sanitarias y actitudes observadas en la población.

Un plan de salud es la integración de programas de salud con el fin de alcanzar un objetivo global.

Habitualmente la estructura básica de un programa de salud recoge los siguientes apartados:

- Introducción (justificación).
- Objetivos y metas en salud.
- Población diana.
- Actividades (protocolo).
- Evaluación.
- Anexos.

Introducción (justificación)

La introducción de un programa sanitario suele desarrollar los aspectos siguientes:

- Definición y descripción del problema de salud abordado, contexto general del mismo y características principales de la población de riesgo.

- Justificación de la puesta en marcha del programa. Deben argumentarse los motivos analizados en la fase de priorización, como son: su extensión y gravedad, las consecuencias para la salud, las consecuencias sociosanitarias, la repercusión local o la evolución del problema si no se realiza ninguna intervención sanitaria. Algunos autores denominan directamente a este apartado "Justificación" en lugar de "Introducción".

- Capacidad y posibilidades de intervención (vulnerabilidad): desde la perspectiva técnica y del nivel sanitario en el que se va a desarrollar el programa. Debemos incluir la identificación y el análisis de los posibles obstáculos para la intervención y destacar el nivel preventivo (primario-secundario-terciario) de la misma.

Objetivos y metas en salud

La formulación de los objetivos en salud del programa constituye una fase clave de su elaboración, ya que de ella depende en gran medida el éxito del mismo. En esta etapa se integra la información y conocimientos obtenidos de las etapas anteriores, con el fin de hacer explícitos los cambios en el estado de salud que se pretenden conseguir con la implementación y desarrollo del programa en una población definida, así como los plazos marcados para ello.

Antes de continuar, se hace necesario aclarar que no existe acuerdo entre los diferentes autores respecto a la terminología utilizada en la formulación de objetivos. Mientras algunos hablan de objetivos generales, intermedios y específicos, otros se inclinan por la diferenciación entre objetivos generales, específicos y de proceso, y otros por distinguir entre objetivos y metas en salud¹.

En la elaboración de un programa de salud, debemos tener siempre presente que se trata de un instrumento para la acción, y por tanto, cuanto más claro, conciso y concreto sea, más útil resultará para los profesionales y más fácil su puesta en marcha y desarrollo.

Habitualmente la estructura básica de un programa de salud recoge los siguientes apartados:

- Introducción (justificación).
- Objetivos y metas en salud.
- Población diana.
- Actividades (protocolo).
- Evaluación.
- Anexos.

Los *objetivos generales* se refieren a los resultados globales deseados con la implantación del programa; no exigen cuantificación en su redacción y están en relación con las grandes áreas del mismo. No es preciso que se marquen muchos objetivos, basta con que recojan los aspectos fundamentales.

Cada objetivo general se puede traducir en uno o varios *objetivos específicos o metas*, que son mucho más concretos y expresan cuantitativamente el resultado perseguido en la población y el plazo de tiempo que se establece para conseguirlo. En definitiva, se denomina objetivo específico o meta, al objetivo general una vez cuantificado y temporalizado. La tabla 1 nos muestra un ejemplo de objetivos generales y específicos de un programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama.

El establecimiento de metas choca con dos problemas fundamentales:

a) Es difícil cuantificar el resultado de una intervención: ¿en qué cantidad conseguiremos reducir un factor de riesgo?, ¿cuál será el impacto de ese factor evitado (riesgo atribuible)?

b) La determinación del período de tiempo al cabo del cual se observará el resultado tampoco es fácil, salvo en algunos casos (enfermedades vacunables).

A pesar de la dificultad que supone, es importante fijar las metas del programa. Para ello deben buscarse los indicadores de la situación de partida y hacer una buena revisión bibliográfica que nos oriente sobre la efectividad de la intervención.

En la elaboración y redacción de los objetivos debemos intentar que estos cumplan las siguientes características:

a) Deben ser cuantificables o mensurables, para poder ser evaluados.

b) Han de estar claramente definidos, para ser comprendidos sin dificultad por cualquier profesional implicado en su desarrollo.

Tabla 1. Ejemplo de objetivos generales y específicos de un programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama

Objetivo general

Disminuir la mortalidad por cáncer de mama en un área de salud

Objetivos específicos

Disminuir en un 5% la incidencia de cáncer de mama diagnosticado en estadios III y IV, en 5 años

Disminuir un 3% la mortalidad por cáncer de mama en mujeres entre 45 y 65 años, en 10 años

Disminuir un 6% la mortalidad por cáncer de mama en mujeres entre 45 y 65 años, con factores de riesgo asociados, en 10 años

c) Han de ser lo más concretos y concisos que sea posible, y referidos a un solo aspecto (si se habla de reducir la morbimortalidad por enfermedad cerebrovascular (ECV) y sólo se consigue disminuir la mortalidad, pero no la incidencia, ¿se ha conseguido el objetivo?).

d) Deben ser realistas en cuanto a su factibilidad, tomando en cuenta los recursos disponibles y su aceptabilidad por parte de la comunidad y los profesionales. En general, se aconseja que al inicio del programa los objetivos sean poco ambiciosos, para posteriormente y de acuerdo con la experiencia en la implantación del programa, reformularlos en términos más ambiciosos.

e) El número de objetivos no debe ser muy amplio y siempre tiene que estar condicionado por las posibilidades reales de conseguirlos.

En el enunciado de los objetivos se deben explicitar los siguientes aspectos:

- Resultado previsto por el programa o por la intervención, expresado en términos de nivel de salud o de modificación de la situación anterior.

- Criterios de éxito o fracaso. Los objetivos del programa deben precisar las normas y criterios para valorar el éxito de su implantación y desarrollo, a través de la cuantificación de variables o indicadores que midan el grado de consecución de los mismos (reducción de riesgo, incidencia o mortalidad, incrementos de calidad de vida, porcentaje de personas que modificación sus hábitos, etc).

- Cronología para la consecución del objetivo. Deben fijar el plazo de tiempo en que el objetivo debería ser alcanzado.

- Población a la que se dirige el objetivo. Esta población, definida en términos de edad, sexo, zona geográfica, etc., puede ser diferente de la población afectada por el problema de salud (programas cuyo objetivo sea la modificación de hábitos en niños o adolescentes, pueden ir dirigidos a educadores).

- Ámbito de aplicación del objetivo (población general de una zona, usuarios del centro de salud, medio escolar, etc).

Antes de pasar a otro apartado, es obligado hacerse la siguiente pregunta: ¿vamos a poner en marcha las actividades necesarias para cumplir con los objetivos que hemos marcado? En un programa de prevención de enfermedades cardiovasculares no debería figurar como objetivo reducir la letalidad de las ECV si sólo nos vamos a limitar a la detección y tratamiento de factores de riesgo. Ese objetivo exige actividades que sobrepasan el nivel primario de atención.

Población diana

La población diana (PD) puede definirse como el conjunto de individuos a los que va dirigido el programa. Si asumimos sin más esa definición, dado que un programa es, en esencia, un conjunto de actividades, nos encontraremos con que distintas actividades de un mismo programa pueden ir dirigidas a grupos de población diferentes. Parece por tanto más operativo hablar de población diana como el conjunto de individuos a los que puede dirigirse

alguna actividad del programa. En este sentido, debemos excluir las actividades de educación sanitaria a personas sanas, ya que con frecuencia están dirigidas a toda la población. Sea como fuere, lo más importante es la definición de la PD en cada una de las actividades.

Lo más práctico es definir la PD de un programa en base a criterios de inclusión y exclusión. Lo habitual es que se utilicen como criterios la edad (niño sano), el sexo (programa de la mujer), la presencia de enfermedades o factores de riesgo, el área geográfica de residencia, etc.

También es importante cuantificar el tamaño de la población diana, para poder organizar las actividades (cálculo de rendimientos, recursos) y marcar las metas en términos de efectividad.

La cobertura prevista (porcentaje de la población diana a la que se quiere aplicar el programa) es lo último de un programa que debe fijarse, ya que necesitamos conocer previamente el trabajo a desarrollar (tiempo que supone la realización de las actividades) y los recursos disponibles.

Actividades

El capítulo más importante de un programa lo constituyen las actividades encaminadas a controlar el problema de salud y que, de algún modo, han sido anticipadas en los objetivos. En definitiva, un programa de salud no es más que la integración de un conjunto de actividades encaminadas a conseguir los objetivos propuestos, con unos recursos determinados. La figura 3, nos muestra el esqueleto básico de un programa de salud.

Los programas pueden contener actividades de diferentes tipos:

- Promoción de la salud y prevención primaria de la enfermedad (educación para la salud en individuos sanos, vacunaciones, fluoración de aguas de consumo).

- Detección precoz, entre las que se incluyen todas las actividades de cribado poblacional.

- Seguimiento y tratamiento (controles periódicos de pacientes con patologías crónicas, medidas terapéuticas determinadas...).

- Rehabilitación y reinserción social (fomento del autocuidado, educación para la salud dirigida a enfermos con secuelas...).

- Participación comunitaria (creación de grupos de ayuda, coordinación con organizaciones sociales...).

- Formación continuada, docencia e investigación, en relación con los temas del programa.

Todas las actividades a realizar deben responder a los objetivos del programa; normalmente cada objetivo se relaciona con una o varias actividades, si bien puede darse el caso de que una actividad sirva para la consecución de va-

Cada objetivo general se puede traducir en uno o varios *objetivos específicos o metas*, que son mucho más concretos y expresan cuantitativamente el resultado perseguido en la población y el plazo de tiempo que se establece para conseguirlo.

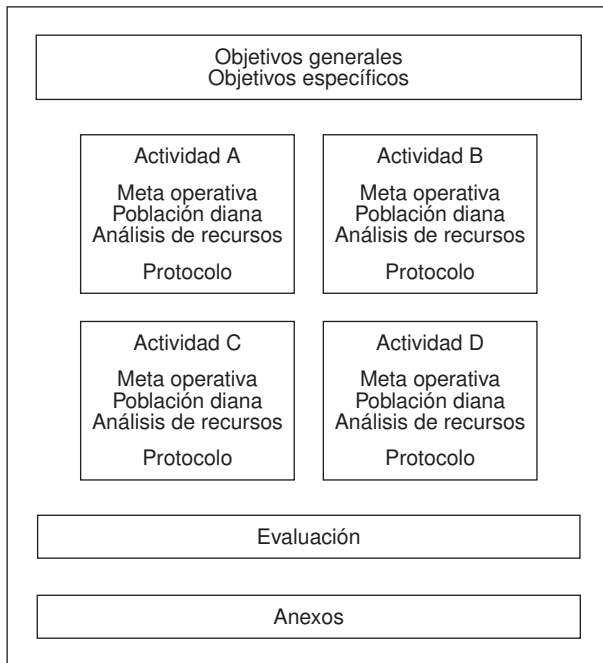


Figura 3. Estructura básica de un programa de salud.

rios objetivos. La selección de aquellas actividades consideradas como las más adecuadas, se realizará teniendo en cuenta aspectos como los siguientes: criterios de efectividad y eficiencia de las diferentes opciones; balance entre los recursos necesarios y los disponibles; aceptabilidad por parte de los profesionales que las desarrollarán y por la población a la que están dirigidas; accesibilidad; consideraciones de índole sociocultural, etc.

Cada una de las actividades debe estar perfectamente preparada y organizada antes de su puesta en marcha; para ello es necesario determinar la población diana de la actividad, las metas operativas, el protocolo, el análisis de los recursos y los rendimientos:

Población diana de la actividad

La población diana de la actividad (PDA), es el grupo de individuos al que va dirigida ésta. Como ya se dijo, a propósito de la población diana del programa, ha de ser claramente identificada y cuantificada.

Metas operativas

Las metas operativas (denominadas por algunos autores como objetivos de proceso) son la cuantificación en el tiempo de los objetivos de las actividades. Marcan el pro-

En la elaboración y redacción de los objetivos debemos intentar que estos cumplan las siguientes características: ser cuantificables, claramente definidos, lo más concretos y concisos que sea posible, y realistas.

ceso deseado, no los cambios en el estado de salud, y pueden ser clasificadas en dos tipos:

- Cuantitativas. Señalan la cantidad de actividad por realizar. Dar 15 charlas de educación sanitaria en el próximo año, es una meta de este tipo. Lo habitual es que se expresen en términos de cobertura (% de la PDA a la que se quiere aplicar la actividad), por ejemplo: realizar una determinación de colesterol al 75% de la PDA en un año o controlar al menos una vez al año al 95% de los pacientes incluidos en un programa.

- Cualitativas: más orientadas a evaluar la calidad de las actividades que se desarrollan. Valga como ejemplo que el 85% de los pacientes derivados cumplan alguno de los criterios establecidos para ello en el programa.

No es usual encontrar en los programas muchas metas cualitativas (son más frecuentes en garantía de calidad), siendo la mayoría de tipo cobertura. La cuantificación de las metas operativas exige prudencia, teniendo presente el tiempo necesario y los recursos disponibles.

El protocolo

Los protocolos de las actividades conforman el corazón de un programa de salud. El protocolo es el documento que recoge el conjunto de normas de atención en el desarrollo de una actividad. Si está correctamente elaborado, debe dar respuesta a las siguientes cuestiones:

- ¿Quién realizará la actividad, o cada parte de la misma?

- ¿Dónde se llevará a cabo?

- ¿Cuál es el procedimiento a seguir en su realización?

Este apartado, en el que se detalla cómo debe llevarse a cabo la actividad (algoritmos de actuación, descripción de técnicas a utilizar, etc.), suele ser el más extenso, por lo que se pueden utilizar los anexos del programa para dar información pormenorizada del mismo.

- ¿Cuándo y con qué frecuencia se realizará?

- ¿Cuáles son los recursos materiales que está previsto utilizar?

- ¿Dónde debe registrarse la actividad? Los sistemas de registro deben ser sencillos y de fácil cumplimentación, evitando registrar aquello que no tenga una utilidad definida. La informatización de los registros facilitará la integración de toda la información recogida en las diferentes actividades e incluso programas.

Análisis de los recursos y valoración del rendimiento

Un factor importante dentro de la planificación de las actividades es la valoración de los recursos necesarios y disponibles. Por lo general los recursos se dividen en tres tipos: humanos, materiales y financieros.

Existen varios métodos para estimar los recursos necesarios en un programa o actividad del mismo, que describimos brevemente a continuación:

- Método basado en las necesidades de salud, en el que se valora la población, las condiciones específicas y el número medio de servicios por persona y año, así como el tiempo necesario para ofrecer cada servicio y el tiempo medio anual de trabajo de cada recurso.

Un programa de salud no es más que la integración de un conjunto de actividades encaminadas a conseguir los objetivos propuestos, con unos recursos determinados.

– Método basado en la utilización de servicios. La estimación de los recursos necesarios resultaría de multiplicar las tasas de utilización anual del servicio de cada grupo de población por el número de individuos del grupo.

– Método de los objetivos de prestaciones. Se trata de un cociente entre el número de servicios requeridos por la población al año y el número de servicios que se producen.

– Método basado en ratios o razones entre recursos y población.

En la valoración de recursos también debemos tener en cuenta su disponibilidad (capacidad real de utilización), adecuación (características apropiadas para lo que se necesita), eficacia (capacidad de producir resultados), productividad (relación entre el resultado producido y la cantidad de recursos) y accesibilidad (aceptabilidad y comodidad, accesibilidad económica, accesibilidad física, etc.).

La valoración del rendimiento se refiere a la estimación del tiempo que se prevé va a ocupar el desarrollo de la actividad. Puede ser imputado a cada persona o a la globalidad. Si el seguimiento de un paciente hipertenso prevé la realización de cuatro revisiones anuales y en el programa hay incluidos 500 hipertensos, el cálculo de rendimientos de esa actividad será:

$$\text{Tiempo por actividad (10')} \times \text{Concentración (4/año)} \\ \times \text{PDA (500)} \times \text{Cobertura prevista (90\%)} = 300 \text{ horas.}$$

Una vez hecho esto en cada actividad, podemos tener una estimación del tiempo necesario para desarrollar el programa en su totalidad. Si a cada profesional se le imputa su tiempo, es posible una mejor organización del trabajo de cada uno (si el trabajo anterior tuviera que ser repartido entre 5 profesionales, cada uno debería dedicar 60 horas anuales, lo que equivale, aproximadamente, a una media de 6 revisiones a la semana).

Cuando se considera que el rendimiento es excesivo (no va a ser posible con los recursos disponibles realizar el

El protocolo, si está correctamente elaborado, debe dar respuesta a las siguientes cuestiones:

¿Quién realizará la actividad?

¿Dónde se llevará a cabo?

¿Cuál es el procedimiento a seguir?

¿Con qué frecuencia se realizará?

¿Cuáles son los recursos materiales ?

programa), tenemos varias opciones que intentaremos aplicar de manera secuencial:

1) Habilitar más recursos humanos.

2) Reducir, si se considera adecuado y posible, la concentración de las actividades (por ejemplo, menor número de controles).

3) Reducir la cobertura de las actividades y del programa.

4) Suspender alguna actividad no esencial.

5) En último extremo, suspender el programa.

Por lo general, la solución suele quedarse en el tercer punto, por eso comentábamos, al hablar de la población diana del programa, que la cobertura era lo último que había que determinar.

Una vez acabada la elaboración del programa y antes de iniciar el desarrollo de las actividades, es importante la organización del trabajo. Los métodos que nos ayudarán a entender el desarrollo y el orden en la ejecución de las distintas tareas, se tratarán en el siguiente capítulo.

Evaluación

La evaluación de un programa de salud es la culminación de un proceso que se inició identificando un problema, analizándolo, marcando unos objetivos para solucionarlo y desarrollando las actividades necesarias para ello. La evaluación nos permitirá conocer en qué medida hemos alcanzado los objetivos que nos habíamos propuesto y, si fuera necesario, modificar las estrategias de intervención.

Las tareas de la evaluación han de ser compartidas por todos los implicados en el desarrollo del programa, lo que no quita que haya un responsable principal de la misma que también suele serlo del programa.

Respecto a su relación temporal con la ejecución del programa, la evaluación puede ser: prospectiva (antes de su puesta en marcha, y con el fin de valorar su pertinencia y factibilidad); concurrente (durante la ejecución, persigue una valoración precoz del resultado); retrospectiva (una vez finalizado el programa, valora fundamentalmente la consecución de objetivos).

Para facilitar la tarea de evaluación es clásico diferenciar dentro de un programa tres componentes: estructura, proceso y resultados. Estos aspectos se tratarán con mayor extensión en la próxima entrega.

La evaluación no finaliza con la obtención de indicadores. Es preciso unificar y resumir los datos sobre los logros obtenidos y los problemas detectados en el desarrollo de las actividades del programa, analizarlos y extraer unas conclusiones que den paso a propuestas concretas de acción.

Anexos

Los programas suelen incluir al final determinados anexos útiles para el profesional, pero que no son estrictamente necesarios para comprender la organización de las actividades. Pueden verse con frecuencia anexos sobre:

– Pautas de tratamiento de enfermedades o manejo de situaciones urgentes o especiales.

La evaluación puede ser: prospectiva (antes de su puesta en marcha, y con el fin de valorar su pertinencia y factibilidad); concurrente (durante la ejecución, persigue una valoración precoz del resultado); retrospectiva (una vez finalizado el programa).

– Procedimientos más o menos complejos en el desarrollo de alguna actividad: explicación detallada sobre la forma de aplicación de las diversas técnicas usadas, instrucciones de uso de aparatos, etc.

– Modelos de los sistemas de registro que se van a utilizar o instrucciones sobre los registros informatizados.

– Hojas que se entregarán a los pacientes con información básica, normas higiénicas, dietas, etc.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Abanades JC, Prieto A, Casado V, García L. Programas de salud. Documentación de apoyo para la planificación de programas. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Bienestar Social, 1987.
- Argimón JM, Comín E, Peray de JL. Bases para la programación en atención primaria. En: Martín-Zurro A, Cano JF, editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Madrid: Elsevier España S.A, 2003. p. 408-19.
- Buitrago F. Planificación en atención primaria. Programas y protocolos. En: Gil VF, Merino J, Orozco D, Quirce F, editores. Manual de metodología de trabajo en atención primaria. Madrid: Jarpyo Editores 1997. p. 21-40.
- Buitrago F, Lozano L. Reflexiones en torno a la programación y programas de salud. Aten Primaria 1992;9(3):130-2.
- Casado V. Planificación y programación en Atención Primaria. Elaboración propia. Centro Universitario de Salud Pública, 1994.
- Díez J, Garde C, Elizalde L. Priorización de problemas de salud. En: Gallo FJ, León FJ, Martínez-Cañavate T, Torío J, editores. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. 2ª ed. Madrid: SemFYC 1997. p. 709-12.
- Durán H, González-Dagnino A. La planificación en atención primaria. En: González-Dagnino A, editores. Teoría y práctica de la atención primaria en España. Madrid: Instituto Nacional de la Salud 1990; p.247-99.
- Gómez LI, Aibar C. Planificación en Salud Pública. En: Piédrola G, Rey del J, Domínguez M, Cortina P, Gálvez R, Sierra A et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 9ª ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas 1992. p. 1361-7.
- Gómez LI, Aibar C, Rabanaque MJ. Diseño de programas de salud. En: Piédrola G, Rey del J, Domínguez M, Cortina P, Gálvez R, Sierra A et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 9ª ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas 1992. p. 1368-77.
- Gosalbes V, Gil F, Gil JM. Los objetivos de un programa. En: Gallo FJ, León FJ, Martínez-Cañavate T, Torío J. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. 2ª ed. Madrid: SemFYC 1997, p. 814-7.
- Gosalbes V, Roca M, Hernández C. Concepto y fases del diseño de un programa en atención primaria de salud. En: Gallo FJ, León FJ, Martínez-Cañavate T, Torío J, editores. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. 2ª ed. Madrid: SemFYC 1997; p. 809-13.
- Junta de Comunidades de Castilla La Mancha. Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010.
- Martín-Rabadán M, Aguilera M, Alonso R, Román M, Soler M. Programas de salud: ¿responsabilidad de atención primaria o del sector sanitario? ¿Programa o servicio? Aten Primaria 1994;14(4):705-6.
- Martín-Zurro A, Argimón JM, Jiménez J. Reflexiones sobre la programación en atención primaria. Aten Primaria 1991; 8 (5): 363-366.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Salud 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
- Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson, 1987.
- Pritchard P, Low K, Whalen M. Gestión en Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1990.
- Regidor E. Sistema de información sanitaria en la planificación. Rev San Hig Pub 1991;65:9-16.
- Repullo JR. Conceptos y metodologías en la planificación sanitaria (curso). Elaboración propia. Escuela Nacional de Sanidad. Febrero, 1999.
- Rivera F, Portero A, Lluch JA. La definición de actividades y responsabilidades. Los recursos. En: Gallo FJ, León FJ, Martínez-Cañavate T, Torío J, editores. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. 2ª ed. Madrid: SemFYC 1997. p. 818-26.
- Rosell I. Planificación sanitaria. Curso Intensivo Atención Primaria. Oviedo: Actividades Docentes y Médicas, 1999.
- Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria [Grupo de trabajo en atención primaria orientada a la comunidad]. Aproximación al conocimiento de la comunidad en atención primaria. Barcelona: Edide, 1996.